



● interview

Que l'on qualifie son ouvrage, paru en octobre, de pavé dans la mare ou de coup de pied dans la fourmilière, peu importe, le **Dr Bernard Duperray** tape fort. Ce spécialiste de la mammographie, aujourd'hui à la retraite, déplore une opération de santé publique fondée sur la peur et la culpabilisation des femmes à défaut d'une réelle compréhension du cancer du sein.

“ Le dépistage du cancer du sein est inefficace et délétère ”

Alternative Santé Après avoir lu plus de 200 000 mammographies, diagnostiqué des milliers de cancers, vous écrivez être passé de l'espoir à la désillusion concernant le dépistage massif. Pourquoi?

Bernard Duperray Avec la mammographie, on devait accéder au diagnostic de tumeurs avant qu'elles soient palpables, à une taille où la guérison serait assurée. Et de fait avec le dépistage le nombre de petites lésions diagnostiquées a considérablement augmenté. Mais pour les femmes, rien n'a changé, le dépistage a été un échec. Il n'a atteint aucun de ses objectifs: le nombre des formes avancées n'a pas régressé, il n'a pas été observé de baisse sensible liée au dépistage de la mortalité par cancer du sein. (Quand une diminution de la mortalité est observée, elle l'est tout autant dans une population comparable non dépistée). Le dépistage a été simplement la preuve expérimentale que la théorie de l'histoire naturelle sur laquelle il s'appuyait est fautive. La pratique clinique quotidienne ainsi que les résultats du dépistage montrent que le cancer du sein n'évolue pas de façon linéaire, par étapes successives inéluctables. En effet, petite lésion ne signifie pas précoce. Volumineuse n'exclut pas un diagnostic précoce. Petite ne signifie pas obligatoirement bon pronostic. On n'observe pas de diminution du nombre de cancers invasifs malgré l'efflorescence de diagnostics de cancer in situ. En quarante ans, le délai entre deux dépistages n'a cessé de diminuer:

trois ans puis deux ans en France et un an aux États-Unis sans que les cancers de l'intervalle, c'est-à-dire des cancers qui se manifestent entre deux dépistages, ne soient maîtrisés. Bref, rien ne s'est produit comme prévu par la théorie de l'histoire naturelle de la maladie selon Halsted, celui qui a prétendu à la fin du XIX^e siècle être venu à bout du cancer du sein.

A. S. Outre une technique chirurgicale codifiée, William Halsted a développé une théorie sur le cancer du sein qui prévaut toujours. Pouvez-vous la rappeler?

B. D. William Halsted, un chirurgien nord-américain de renom prétend, en 1894, qu'une chirurgie très élargie du sein permet la guérison. Pour lui, le cancer s'étend à partir de la tumeur par contiguïté dans le sein dans les structures adjacentes et, par le biais des canaux lymphatiques, atteint les ganglions à distance. Ces ganglions sont vus comme une base arrière de défense de l'organisme et leur envahissement témoigne d'une progression de la maladie. À partir de là, le cancer peut essaimer dans tout le corps et se fixer dans certains organes. Le cancer est perçu comme une maladie à extension progressive, où une cellule anormale devient un cancer in situ, puis un cancer infiltrant, qui peut métastaser à distance et enfin provoquer le décès. Il faut à tout prix arrêter ce mécanisme infernal le plus précocement possible. Dans l'hypothèse « halstedienne », la dissémination tumorale s'enchaîne

En savoir plus

Le Dr Duperray est l'auteur de *Dépistage du cancer du sein, la grande illusion*, éd. Thierry Souccar, 19,90 €.

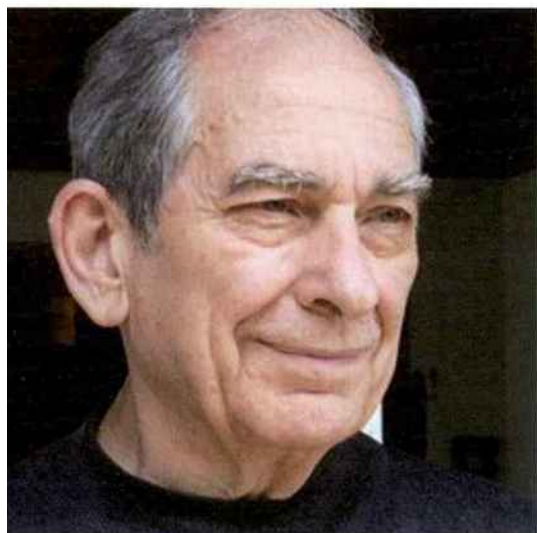
mécaniquement, donc le type d'intervention détermine le devenir de la patiente, tout retard de diagnostic est préjudiciable. Or le sein est un organe idéal en cancérologie car il est non vital, accessible à l'examen clinique. Diagnostic et traitement semblent faciles.

A. S. En parlant de mammographie, vous en pointez les limites technologiques...

B. D. La mammographie n'est qu'un simple cliché sans préparation des parties molles. L'image se fait selon une échelle de gris peu contrastée. Pour optimiser le résultat on utilise un rayonnement en basse tension, ionisant, pouvant induire des cancers du sein. Les cellules cancéreuses ne se différencient en rien des cellules normales à la mammographie. Ce sont surtout sur des signes indirects (halo clair ou désorganisation de l'architecture du sein). Ces signes ne sont pas spécifiques de malignité, ils n'ont qu'une valeur d'orientation. Par ailleurs, de volumineux cancers peuvent rester sans traduction radiologique.

A. S. Où est le mal à dépister précocement? Vous parlez dans votre livre d'effets délétères du dépistage de masse. Quels sont-ils?

B. D. Si le dépistage n'a pas fait la preuve de son efficacité, il est à l'origine d'effets délétères majeurs. Ceci est d'autant plus dramatique qu'il s'agit d'une opération de santé publique visant une population de femmes a priori bien portantes. Elle a vis-à-vis d'elles une



obligation de résultat. Or le dépistage s'est avéré être une machine à générer de la maladie avec le surdiagnostic, le comble de l'absurde pour une opération de santé publique. Le surdiagnostic correspond à d'authentiques cancers (ce ne sont pas des erreurs de diagnostic), mais ces cancers n'auraient pas occasionné d'inconvénients à la patiente s'ils n'avaient pas été diagnostiqués. Beaucoup de femmes ont des cellules cancéreuses silencieuses. Cela est confirmé par les études autopsiques réalisées dans des populations de femmes sans pathologie mammaire connue. On retrouve dans ces études un nombre de cancers plus grand que ce qu'on observe en pratique clinique courante. Toute cellule cancéreuse ne fait pas une cancéreuse. Or ces surdiagnostics sont accompagnés de surtraitements dangereux, intolérables du fait de leurs effets secondaires pouvant être létaux. Ils représentent entre 16 et 50 % des cancers. Le surdiagnostic explique la contradiction entre un pronostic d'autant plus favorable que la lésion est petite et l'absence de baisse significative de la mortalité dans une population dépistée où la taille moyenne des lésions diminue. Les traitements inutiles des cancers surdiagnostiqués donnent l'illusion d'une part d'une guérison et de l'efficacité du dépistage et d'autre part de la possibilité d'un diagnostic précoce efficace. Le pro-

Biographie

Médecin radiologue, Bernard Duperray s'est consacré aux pathologies mammaires pendant quarante et un ans à l'hôpital Saint-Antoine, à Paris. Il a présidé un temps l'association pour le dépistage des cancers du sein dans l'Oise (Adesco) pour en démissionner en 1995 quand, malgré l'absence de conclusions, il a été décidé de généraliser à l'échelle nationale le dépistage massif.

blème est que le surdiagnostic n'est identifiable ni par les médecins ni par les patientes. C'est par l'étude des populations qu'on l'évalue. Ainsi, ces femmes surdiagnostiquées ne peuvent se manifester, elles ne réclament rien. Au contraire, elles sont souvent le fer de lance des pro-dépistages alors qu'elles sont doublement victimes, dans leur chair et dans leurs illusions qui les portent à défendre les responsables de leur malheur. Avec le surdiagnostic, le dépistage est devenu une entité autonome, qui s'autoalimente avec des personnes bien portantes assujetties à un marché en pleine extension où les conflits d'intérêts dominent le débat « scientifique ». Un autre effet délétère du dépistage, encore mal apprécié mais certain, est l'irradiation provoquée par la mammographie. Le sein est l'un des organes les plus radiosensibles. Cette irradiation est la source potentielle de cancers. Or les examens se multiplient chez des femmes de plus en plus jeunes.

A. S. En fait votre livre aurait pu s'intituler « le cancer du sein, ce n'est pas ce qu'on croyait »...

B. D. En tout cas, avec le dépistage et le concept de surdiagnostic, on sait ce qu'il n'est pas. Son histoire naturelle ne correspond pas au schéma « halstedien ». La seule définition histologique est insuffisante pour définir la maladie cancéreuse létale. Cette constatation met en relief notre ignorance de l'histoire naturelle de la maladie. D'autres modèles émergent où le cancer ne serait pas seulement le produit mécanique d'un dysfonctionnement des cellules de l'épithélium glandulaire du sein. Il dépendrait davantage des interactions avec les tissus qui l'entourent. Pour les partisans de ce modèle, les carcinogènes agiraient en désorganisant les interactions entre les cellules de l'épithélium et le tissu environnant.

A. S. Comment se passe le dépistage du cancer de la prostate ?

B. D. Si, comme le dépistage du cancer du sein, le dépistage du cancer de la prostate génère un surdia-

gnostic, il n'est pas traité de la même façon par les autorités sanitaires. L'État se retire sur la pointe des pieds. Il ne l'organise pas.

A. S. Comment sortir du bourbier où le dépistage de masse a conduit les femmes ?

B. D. En amont du dépistage, la réponse à la question : « *Dois-je participer ou non au dépistage ?* » est facile aujourd'hui. La question est posée dans un climat de sérénité par des femmes *a priori* en bonne santé. Elles peuvent consulter une abondante littérature qui montre que le dépistage est à la fois inefficace et délétère. En aval du dépistage, comment aider les femmes chez lesquelles un petit cancer a été diagnostiqué ? On ne sait pas si leur cancer est ou non surdiagnostiqué. Dès lors qu'il est diagnostiqué, dans le cadre actuel on ne peut rien faire d'autre que de prendre le risque de surtraiter et d'exposer la patiente à des effets secondaires majeurs. Pour éviter d'admettre leur échec, les promoteurs du dépistage prétendent sans cesse l'améliorer sans remettre en question ses fondements pourtant contredits par les faits et plus on l'améliore, plus le dépistage devient pervers. Le problème n'est pas dans la forme, mais dans le fond. Aujourd'hui la seule chose qu'on sache est qu'on ne sait pas. Entreprendre une opération de santé publique comme le dépistage de masse par mammographie du cancer du sein est irresponsable et contre-productif. Et si l'énergie déployée dans les campagnes de sensibilisation au dépistage était utilisée dans l'effort d'une compréhension nouvelle de la maladie... Il s'agit de comprendre pourquoi le cancer du sein n'obéit pas aux règles qui lui ont été prescrites par la médecine. Qu'est-ce qu'un cancer, comment le définir ? Où est la maladie mortelle et où est l'anodine qu'il ne faut pas détecter ? En étant porteur de cellules cancéreuses, à partir de quand est-on malade ? C'est la question fondamentale qui se pose. ●

Propos recueillis
par Jean-Baptiste Talmont